

Redakcja: Kraków 9 (Łobzów)
Telefon 3105.

Administracja: ul. Dunajewskiego 2.
Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisaniem, należy z góry podać żadaną liczbę adnłtek, których koszt oraz kosztą klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.
CZASOPISMO LEKARSKIE
ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.
WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracja i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wólfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austriackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracja. Cena ogłoszeń: 30 halerczy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4½ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Komisja redakcyjna: Przewodniczący: prof. dr St. Ciechanowski, prezes Tow. lek. krak.; Członkowie: dyr. dr O. Lang, wiceprezes, dr A. Akerman, skarbnik Tow. lek., dr B. Wojciechowski, podskarbi komisji; dr Blassberg, prof. dr Browicz, prof. dr Krzyształowicz, prof. dr K. W. Majewski, prof. dr Rutkowski.

Przewodniczący Podkomisji redakcyjnej w Łodzi Dr S. Sterling (Piotrkowska 111).

DOM ZDROWIA

Kono. przez Wys. o. k. Namiestnictwo
Zakład leczniczy prywatny
w Krakowie
ul. Słomiradzkiego 1. — Tel. 67.

W r. 1906 rozszerzony i zasadniczo przekształcony, uległ w r. 1911 dalszemu znacznemu powiększeniu i udoskonaleniu.
Przyjmuje przypadki chirurgiczne, położnicze, ginekologiczne i inne, z wykluczeniem chorób zakaźnych i ciężkich nerwic. 281

Prospekty na życzenie.

NATURALNA SOL SZPRUDLA
jest jedynie
prawdziwą solą **KARLSBADU**
Zastrzega się przed falsyfikatami

126

Magazyn Medyczny Dra Bolesława Drobnera

w Krakowie, Plac Szczepański 1. 3. — Telefon 415. — Adres telegr.: Drobneruniwers.

poleca

Instrumenty chirurgiczne.

Meble operacyjne.

Kompletne urządzenia lekarskie.

124

Kosztorysy na żądanie.

Kosztorysy na żądanie.

Sanatorium dla chorób piersiowych

Dra K. DŁUSKIEGO W ZAKOPANEM.

Stale otwarte. — Przyjmuje pacjentów.

122

otwarto w Lecznicy Związkowej
w Krakowie, ul. Garncarska 11.

EMANATORYUM RADOWE



JODTRANOL (Matula)

Likier jod-peptonowy składu 0.60% jodu, dobrego i przy-
żelazisto Fe, 0.10 Mn i 0.03% jodu, jemnego smaku.
w działaniu w zupełności Tran. (Ol. Jecoris).
zastępuje

Sposób użycia: jak Liq. Mangano ferri peptonati. Cena 2 K 60

Polecane przez Światne Tow. lekarskie krakowskie

Z pomiędzy dziś znanych przetworów żelazistych jest najłatwiej strawnym i nie psującym zęby środkiem

LIQUOR MANGANO FERRI PEPTONATI

składu 0.60% Fe i 0.10 Mn wyrobu

aptekarza D. MATULI w Podgórzu (Kraków).

Polecany jako środek lekko strawny, pobudzający apetyt, w blednicy, niedokrwistości, zimnicy, w żołądkach, kobiecych i nerwowych cierpieniach. 206

Sposób użycia: Dzieciom do lat 12 daje się 2 razy dziennie po łyżeczce od kawy z mlekiem; osoby dorosłe używają 2-3 razy dziennie po łyżce stołowej.

Na składzie w każdej większej aptece. Cena 2 Korony 40 halerczy.
Dwie flaszki posyłam franco.



Optochin basicum

swoiesty środek chemoterapeutyczny przy
zapaleniu płuc.

Nowsze publikacje o wskazaniu i dawkowaniu:
MENDEL, Münch. med. Wschr. 1915 Nr. 22 i Deutsche med. Wschr. 1916 Nr. 18; LESCHKE, D. m. W. 1915 Nr. 46; MORGENROTH, D. m. W. 1916 Nr. 13 i Berl. klin. W. 1916 Nr. 24 u. 27 (Vereinsberichte); LUBLINSKI, Berl. klin. W. 1916 Nr. 27; BECHER, Med. Klin. 1916 Nr. 44; FR. MEYER, D. m. W. 1916 Nr. 45; ROSENGART, D. m. W. 1916 Nr. 46; v. DZIEMBOWSKI, D. m. W. 1916 Nr. 52; ROSIN, Therap. d. Gegenw. 1917. Juniheft.

Optochin hydrochloricum

w okulistyce, przedewszystkiem przy *Ulcus corneae serpens.*

Nowsze publikacje:

AXENFELD u. PLOCHER, D. m. W. 1915 Nr. 29; CAVARA, Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Bd 54. 1915; CRAMER, Zschr. f. ärztl. Fortbildg. 1915 Nr. 14; LEHMANN, Ugeskrift for Laeger 1915 Nr. 46; ROSENHAUCH, Przegląd Lekarski 1916 Nr. 1; AUGSTEIN, M. m. W. 1916 Nr. 15; KRAUPA, Jahreskurse für ärztl. Fortbild. 1916 Nr. 11; GRÜTER, M. m. W. 1917 Nr. 2.

6

Piśmiennictwo do dyspozycji.

Przy zamawianiu próbek prosimy panów lekarzy powołać się na ogłoszenie Nr. 150.

NORMALNE WODY MINERALNE

WEDŁUG PRZEPISU

PROF. DRA W. JAWORSKIEGO W KRAKOWIE.

(NAUKA O CHOROBYCH WEWNĘTRZNYCH TOM III. PROF. W. JAWORSKI).

WYRABIA RZĄDOWA UPRAWNIONA FABRYKA

201

K. RZĄCY i CHMURSKIEGO w KRAKOWIE, ul. św. Gertrudy L. 4. (Telefon Nr 227).

Normalne wody mineralne z przepisu Prof. Dr W. Jaworskiego.

Nr	Woda lecznicza	h.	Nr	Woda lecznicza	h.	Nr	Woda lecznicza	h.
I	Normalna	40	XII	Jodowa słabsza	50	XXIII	Różowa mocniejsza	60
II	Alkaliczna słabsza	34	XIII	» mocniejsza	50	XXIV	Ziemna słabsza	46
III	» mocna	40	XIV	Bromowa słabsza	42	XXV	» mocniejsza	60
IV	Słona słabsza	40	XV	» mocna	50	XXVI	Magnezowa różowa	46
V	» mocniejsza	44	XVI	Żelazista	50	XXVII	Niesłona	38
VI	Alkaliczno-słona	34	XVII	Arsenawa	50	XXVIII	Radowa czysta	1-
VII	Glauberska mocna	44	XVIII	Arseno-żelazista	50	XXIX	» alkaliczna	1-
VIII	» słabsza	34	XIX	Dyetetyczna	40	XXX	» glauberska	1-
IX	Magnowa	44	XX	Kwaskowata	32	XXXI	» litowa	1-
X	Wapniowa	44	XXI	Stołowa normalna	34			
XI	Litowa	50	XXII	Różowa słabsza	44			

UWAGA: Dla odróżnienia, godłem wód normalnych jest na etykietach rysunek ryby ze strzałką. Dla uniknięcia pomyłek z wodami naśladowanymi, uprasza się do nazwy szczegółowej wody dodawać wyraz »normalna« i numer. — Broszury podające skład i terapeutyczne stosowanie wód normalnych przesyłamy na żądanie franco.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału dla chorób nerwowych c. i k. szpitala rezerwowego we Lwowie.

Analiza zaburzeń ruchowych w nerwicach wojennych

opisał

Dr Jakób Rothfeld,

asystent kliniki chorób nerw. Uniwersytetu lwowskiego,
obecnie kierownik oddziału.

Stosunkowo częstym objawem w nerwicach, powstających w czasie obecnej wojny, jest drżenie kończyn dolnych, które może być połączone z kurczami mięśniowymi. W niektórych przypadkach nie tylko kończyny dolne, ale wszystkie mięśnie ciała mogą być dotknięte drżeniem i kurczami. Nonne i Fürstner opisali te stany jako pseudospastyczny niedowład (paresis) z drżeniem, Oppenheim nazwał je w czasie obecnej wojny »myotonoclonia trepidans«.

Drżenie występuje często w chwili rozpoczętego (zamierzonego) ruchu, czasem jednak istnieje ono u chorego jeszcze w stanie spoczynku. Chód tych chorych bywa różny, zależnie od tego, czy drżenie stale się utrzymuje, czy występują kurcze mięśniowe, względnie czy przeważają kurcze lub drżenie. W przypadkach cięższych posuwają się chorzy drobnymi krokami naprzód, nie podnosząc prawie stóp, tylko je posuwając; nogi są wyprostowane, napięte, czasem szeroko rozstawione; często widzi się, że nagle jedna noga wysuwa się zbyt daleko naprzód, albo ją chory zbyt wysoko podnosi. Są to ruchy mimowolne, bezładne, gwałtowne, które burzą równowagę ciała chorego; tułów bywa przechylony ku przodowi. Chorzy robią niepewne wrażenie, zdaje się, że lada chwila upadną; mimo to wielu z nich chodzi bez wszelkiej podpory. Drżenie wzmagają się w czasie chodzenia, a ze wzrastającym zmęczeniem chód staje się coraz gorszym, aż w końcu chory nie może wcale chodzić.

Rozmieszczenie drżenia w poszczególnych grupach mięśniowych ma pewien stały typ, i tak, drży najczęściej mięsień czworogłowy uda, mniej zginacz kolana i mięśnie goleni; do rzadkości należy drżenie stopy.

Analizę powyższych objawów, spostrzeganych w nerwicach, podał Erben¹⁾, który wykazał, że drżenie występuje lub wzmagają się w tych mięśniach, które chory napina celem wykonania ruchu; w mięśniach dowolnie nie napiętych drżenie nie występuje. Jeżeli chory, stojąc, zegnije nogę prawą w stawie kolanowym i biodrowym, to drżenie na tej nodze ustanie, a widoczne jest tylko na nodze lewej; na nodze prawej nie wykonywa mięsień czworogłowy żadnej czynności, gdy na lewej mięsień ten jest napięty

i musi utrzymać kolano. Inny przykład: podczas siedzenia na łóżku z wyprostowanymi nogami drżą prostowniki kolana; drżenie to ustaje, jeżeli chory podeprze się rękami, gdyż wtedy napięcie prostowników wolnieje. Przez odpowiednie ustawienie kończyn uwalniał Erben pewne grupy mięśniowe od czynnego napięcia i wykazał w ten sposób, że drżenie wtedy występuje, kiedy chory dany mięsień nerwuje. Erben zauważył nadto, że przez szybko po sobie następujące ruchy bierne drżenie chwilowo ustaje. Erben przypuszcza, że w czasie tych szybkich ruchów biernych chory niema czasu, ani możliwości dowolnego napięcia mięśni, że więc ruchy, zależne od woli chorego, są wtedy niemożliwe. Na to kładzie Erben wielki nacisk, gdyż jego zdaniem wola toruje drogę objawom klonicznym; nasilenie tych objawów jest zatem zależne od woli w ten sposób, że wola wywołuje napięcie mięśni, a następnie ujawnia się drżenie, które jest mimowolne. Chory nie może wykonać spokojnie ruchu kończyną, gdyż w chwili dowolnej inercyjnej mięśnie poczynają drżeć; jeżeli wyłączymy pewien mięsień od dopływu bodźców woli, wtedy drżenie ustaje. Dzieje się to albo przez odpowiednie ustawienie kończyny, w którym dane mięśnie są nieczynne, albo przez szybkie ruchy bierne. Zdaniem Erbena polega chód u naszych chorych również na tem, że przez szybkie małe kroki chory stara się ująć drżeniu, że w ten sposób chory łatwiej się posuwać może, aniżeli dużymi krokami. Nienaturalne wysuwanie kończyn i niezborne ruchy, jakie często spostrzegamy, są wynikiem dążności chorego do zrobienia wielkiego kroku i właśnie ta dowolna inercyjna mięśni wywołuje objawy kloniczne, czyli chory woli posuwać się drobnymi krokami. Przechylenie tułowia ku przodowi lub wykręcanie tułowia w jedną lub drugą stronę są środkami pomocniczymi dla większego przyspieszenia chodu, aby w ten sposób łatwiej ująć objawom klonicznym, które choremu w chodzeniu przeszkadzają.

Miałem sposobność w wielu przypadkach przekonać się o słuszności niektórych spostrzeżeń Erbena. Poniżej podaję analizę, którą przeprowadziłem na podstawie całego szeregu przypadków nerwic, powstałych na tle obrażeń lub na tle wstrząsu. Analiza ta umożliwia głębiej wniknąć w istotę objawów nerwicowych, połączonych z drżeniem.

1) Jeżeli polecimy choremu, leżącemu na grzbiecie, unieść wyprostowaną nogę ku górze, to w chwili, kiedy chory podnosi kończynę i napina mięsień czworogłowy, występuje w tej grupie mięśniowej drżenie; kończyna cała waha się, unosi się ku górze i opada. zgina się w stawie kolanowym i znowu się prostuje. Są to ruchy krótkie, występujące w nieregularnych odstępach czasu, które się nasilają w miarę trwania inercyjnej mięśni, potrzebnych do podniesienia kończyny ku górze. Jeżeli kończyna doszła do pewnej maksymalnej wysokości, wtedy chory nie może jej długo utrzymać, kończyna nagle opada. Do uniesienia wyprostowanej kończyny potrzebne jest napięcie zginaczy uda (iliopsoas, tensor fasciae latae, sartorius) i prostowników kolana (quadriceps cruris). W naszym przypadku wystąpiło

¹⁾ Wien. klin. Woch. Nr 36. 1916.

obok ruchów, zależnych od napięcia tych mięśni, drżenie prostowników kolana, a nadto unerwione były mięśnie zginające kolano i prostowniki stawu biodrowego. Inerwacja tych mięśni przeciwniczych wywołała ruchy przeciwne, aniżeli te, które chory według naszego żądania zamierzał wykonać.

2) Chory ma zgiąć kończynę w stawie kolanowym i biodrowym. Przy tym ruchu mięsień czworogłowy nie drży, w czasie zginania występują krótkie ruchy prostujące, tak że chory nie może odrazu nogi spokojnie przyciągnąć. gdyż ruch ten jest przerywany wahaniami, wywołanymi inerwacją mięśni przeciwniczych, prostujących.

3) Jeżeli polecimy choremu, który ma nogę zgiętą w stawie kolanowym i biodrowym, wyprostować ją tylko w stawie kolanowym, tak aby kończyna stanęła pionowo ku górze, to już w chwili, kiedy chory zaczyna nogę wyprostowywać, okazuje się drżenie prostowników kolana, a nadto występuje mimowolne zginanie kolana, które przeszkadza zamierzonemu ruchowi; oprócz tego można zauważyć, że im dalej postępuje wyprostowywanie w stawie kolanowym, tem częściej występuje opadanie kończyny w stawie biodrowym, noga cała się obniża, to znowu podnosi, aż wreszcie całkiem opada. W tym przypadku potrzeba do wykonania ruchu działania zginaczy uda (iliopsoas) i prostowników kolana. Równocześnie z inerwacją tych mięśni wystąpiło drżenie w mięśni czworogłowym, ruchy prostujące w stawie kolanowym jako wynik mimowolnej inerwacji mięśni przeciwniczych, a nadto zauważyć można, że działanie mięśni zginających udo słabnie w miarę wyprostowywania kończyny i że kończyna w końcu opada.

4) Jeżeli chory wyprostowuje kończynę, zgiętą w stawie kolanowym i biodrowym, to drżenie mięśnia czworogłowego rośnie w miarę, im bardziej kończyna się prostuje. Ten ruch prostujący jest przerywany przez mimowolne ruchy zginające kończynę.

5) Jeżeli uniesiemy wyprostowaną kończynę biernie ku górze do linii pionowej, to chory nie może kończyny dalej utrzymać w tem położeniu; kończyna opada już po kilku sekundach. Zauważyć trzeba, że nie jest to regułą i że bywają przypadki, o których później jeszcze będzie mowa, w których chory może zupełnie dobrze nogę unieść wysoko ku górze i utrzymać w tem położeniu.

Przy badaniu 1, 3, 5, potrzebna była równoczesna inerwacja mięśni zginających udo (iliopsoas) i prostowników kolana, w przypadku 2) inerwacja zginaczy uda i kolana, w badaniu pod 4) przytoczonym — prostowników kolana i uda.

Z doświadczeń tych wynika: a) że drżenie w prostownikach kolana występuje wtedy, kiedy mięśnie te bywają dowolnie pobudzone do czynności, co się zgadza ze spostrzeżeniami Erbena; b) że przy równoczesnej inerwacji mięśni zginających udo i prostowników kolana ustaje napięcie zginaczy uda (iliopsoas), tak że kończyna opada, że zatem większość chorych naszych nie może unieść wyprostowanej kończyny ku górze; c) że we wszystkich próbach wyżej podanych występują mimowolne ruchy, przeciwdziałające ruchom zamierzonym; ruchy te mają charakter ruchów niezbornych, są krótkie, gwałtowne, występują w nieregularnych odstępach czasu i są wynikiem inerwacji mięśni przeciwniczych.

Niezależnie od przytoczonych objawów może istnieć drżenie całej kończyny, bądź to w spokoju, bądź też przy ruchach lub przy wzruszeniu; również niezależnie pojawiać się mogą kurcze mięśniowe. Zarówno drżenie, jak i kurcze, przyczyniają się znacznie do nasilenia objawów i utrudniają ruchy kończyn, nie zmieniają jednak zasadniczo powyżej opisanych objawów przy próbach badania.

Nasuwa się pytanie, do jakiej grupy zaburzeń ruchowych zaliczyć należy wspomniane objawy. Oppenheim²⁾

²⁾ Oppenheim: Neurosen infolge von Kriegsverletzungen. Berlin 1916.

opisał zaburzenia ruchowe, polegające na utracie obrazów pamięciowych (Erinnerungsbilder) dla ruchów, akinesia amnestica, albo polegające na fałszywym podziale bodźców. Przy zupełnem porażeniu na tle akinezyi amnestycznej chory nie rusza zupełnie dotkniętą kończyną, która skutkiem tego sprawia wrażenie organicznie porażonej. Jeżeli porażenie nie jest zupełne, to biernie udzielone położenie kończyny chwilowo się utrzymuje. Do tej samej grupy zaburzeń ruchów należą te, które są wynikiem nicodpowiedniego rozdziału bodźców. Jeżeli n. p. polecimy choremu, aby ścisnął rękę badającego, to albo nie widzi się żadnego ruchu, albo tylko bardzo nieznaczny; natomiast można zauważyć wybitne napięcie mięśni przeciwniczych, wręcz odwrotne, aniżeli to, które jest potrzebne do wykonania zamierzonego ruchu. Oppenheim określa te zaburzenia, jako zaburzenia kojarzenia, które się różnią od bezładu (ataxia) tem, że występują tylko przy użyciu siły i przy wykonywaniu pewnej pracy, a nie przy samych ruchach kończyn.

Na całym szeregu przypadków nerwic z drżeniem kończyn dolnych badałem chorych w kierunku tych zaburzeń ruchowych i stwierdziłem, że bardzo często znajdujemy przy drżeniu i kurczach mięśniowych kończyn dolnych zaburzenia ruchowe w kończynach górnych, polegające na fałszywym podziale bodźców. Jeżeli n. p. polecimy choremu trzymać ramię zgięte w stawie łokciowym przeciw sile badającego, to występują mimowolne, krótkie, po sobie następujące ruchy prostujące; jeżeli polecimy mu wyprostować ramię przeciw sile, to chory mimowoli je zgina. Ruchy te, przeciwne ruchom zamierzonym, występują w krótkich, nieregularnych odstępach czasu, przytem jest widoczna dążność chorego do wykonania ruchu zamierzonego; na twarzy jego widać wysiłek, oddech jest przyspieszony, nieregularny. Chory podaje, że chciałby żądany ruch wykonać, ale nie może. Przy badaniu kończyn dolnych co do tych objawów, miałem wrażenie, że i tu mamy te same zaburzenia. Przy zginaniu kończyny przeciw mojej sile występowały krótkie, gwałtowne, nieregularne ruchy prostujące, przy zamierzonym wyprostowywaniu noga się zginała. Początkowo nie mogłem rozstrzygnąć, czy zaburzenia te należą do grupy zaburzeń, opisanych przez Oppenheima, czy też są wywołane drżeniem, względnie wstrząśnieniem kończyny. Później miałem sposobność badać chorych, u których objawy niedługo trwały, 5—12 dni po urazie (zasypianie wskutek wybuchu granatów, urazy wskutek ciśnienia powietrza i t. d.). Drżenie w tych przypadkach nie było zbyt silne, co ułatwiało badanie. Zwłaszcza tam, gdzie nie było drżenia całej kończyny w spokoju, które zwyczajnie wymaga się z każdym ruchem, mogłem z pewnością stwierdzić, że u tych chorych istnieją zaburzenia, polegające na fałszywej inerwacji mięśni. Przy próbie zgięcia kończyny w stawie kolanowym i biodrowym w pozycji leżącej następowało z początku nieznaczne zgięcie, wnet jednak można było zauważyć ruch prostujący kończynę, a dalsze usiłowania chorego, aby nogę do siebie przyciągnąć, przerywane były krótkimi ruchami przeciwnymi, prostującymi kończynę. Ruchy te nasilały się w miarę, im więcej chory starał się kończynę zgiąć, aż w końcu cała kończyna począła gwałtownie trząść się. Odwrotnie przy próbie wyprostowania występowały krótkie, urywane zginania, które również wzrastały wnet do wstrząśnień. Im więcej przypadków tego rodzaju badałem, tem bardziej upewniałem się w przekonaniu, że wstrząśnienie kończyny (Schütteln) — nie drżenie poszczególnych grup mięśniowych — polega na fałszywym rozdziale bodźców, na fałszywych inerwacjach, że więc mięśnie przeciwnicze bywają mimowoli równocześnie pobudzone do czynności i że one przeszkadzają wykonaniu zamierzonego ruchu. Niektóre przypadki, zwłaszcza te, w których zaburzenia ruchowe były w jednej nodze znaczniejsze, aniżeli w drugiej, ułatwiały znacznie analizę zaburzeń ruchowych. W jednym takim przypadku występowały na kończynie dolnej prawej drżenia ze wstrząśnieniem kończyny i kurcze mięśniowe, na lewej zaś kurcze

były bardzo nieznaczne, a w spoczynku nie było drżenia mięśni. Lewą, mniej dotkniętą kończynę mógł chory zginać w stawie kolanowym i biodrowym, ale ruchy te przerywane były ruchami przeciwnymi, które nasilały się aż do wstrząsania kończyny, i to tem znacznie, im częściej chory ruchy te wykonywał. Śledząc te ruchy od pierwszej chwili, można było spostrzegać, jak fałszywe inercyje, wspólnie z dążnością do wykonania zamierzonego ruchu, przeistaczały się we wstrząsanie kończyny. Chory ten mógł wyprostowaną lewą dolną kończynę unieść mniej więcej na $\frac{1}{2}$ m wysoko ku górze (zgięcie w stawie biodrowym); na tej wysokości występowały wahania kończyny, zgięcie w stawie kolanowym, obniżenie i podnoszenie uda w stawie biodrowym; w prostownikach kolana występowało drżenie.

(Dokończenie nastąpi).

Z kliniki okulistycznej Uniwersytetu Jagiell. w Krakowie.

Badania doświadczalne nad wpływem nacięć krzyżowych twardówki (sclerotomia cruciata superficialis) Wicherkiewicza na oko zwierząt nowonarodzonych

podał

Dr Tadeusz Kleczkowski,

I. asystent kliniki.

Wielkość gałki ocznej nie u wszystkich ludzi jest jednakowa. Tak jak spotykamy ludzi najrozmaitszego wzrostu, tak również stwierdzić możemy różnej wielkości gałki oczne. Dopóki stosunek wielkości oka do wielkości całego ustroju jest zachowany, dopóty gałkę oczną — co do jej wielkości — możemy uważać za prawidłową.

Zachowanie tego stosunku ma ogromne znaczenie. Z jednej strony wiemy, że wielkość wymiarów oka jest jednym z najważniejszych warunków, od którego zależna jest łamliwość oka, z drugiej zaś strony doświadczenie uczy, że jedne schorzenia oka łatwiej rozwijają się w oczach małych, a więc dalekowzrocznych, drugie zaś w oczach dużych, krótkowzrocznych. Mam tu na myśli w pierwszym przypadku jaskrę, w drugim zaś krótkowzroczność postępującą ze wszystkimi jej, tak szkodliwymi następstwami.

Tak jak wogóle w przyrodzie nie możemy ściślej postawić granicy między zdrowiem, a chorobą — tak również jest i z określeniem wielkości oka. Zmiany w wielkości oka, pociągające za sobą jedynie tylko zmianę w jego łamliwości, możemy uważać, oczywiście do pewnego stopnia, za leżące w granicach fizjologicznych. Wielkość gałki ocznej może jednak odbiegać znacznie od prawidłowej, średniej wielkości, wtedy tego rodzaju przypadki należą już do patologii.

Oko od urodzenia może być znacznie mniejsze, mamy wtedy wadę rozwojową (mikrophthalmus), lub oko przewyższa swoimi rozmiarami oczy prawidłowe, mówimy wtedy o wodooocu (hydrophthalmus). Stan oka, który określamy mianem wodoooca, może być albo wrodzony, albo rozwinięty może w pierwszych latach życia. Czystą postacią tego schorzenia jest jaskra pierwotna; nadmienić tu jednak trzeba, że nie każda jaskra wieku dziecięcego wywołuje powiększenie gałki ocznej (Schmidt-Rimpler) (1). Znane są przypadki, w których mimo wszystkich objawów jaskry, nie doszło jednak do powiększenia oka. Przypadki te są rzadkie, a wymownym świadectwem tego jest statystyka Löhleina (2), zebrana na podstawie materiału klinicznego innych autorów.

Drugą postacią wodoooca jest powiększenie się gałki

ocznej w następstwie jaskry następowej. Najczęstszą przyczyną jest zazwyczaj wiewiór oczu u noworodków z przyczepami przednimi, wrzodami rogówki i wytworzeniem się garbiaka, dalej skaleczenia, zapalenia tęczęwki i naczyńówki i t. d.

Powiększenie gałki ocznej w następstwie zwiększonego ciśnienia śródocznego wskutek jaskry czyto pierwotnej, czy następowej, spostrzegamy jedynie w wieku młodym, a im chory, dotknięty jaskrą, jest starszy, tem możliwość powstania wolego oka staje się coraz mniejszą. Objaw ten tłumaczyć sobie możemy od czasu Mauthnera (3), który jeden z pierwszych zwrócił uwagę na szczególnie wielką elastyczność ścian oka, a więc w głównej mierze twardówki, w następstwie czego podwyższone ciśnienie śródoczne może w wysokim stopniu wywołać powiększenie wymiarów całej gałki ocznej.

Od roku 1910 wykonywał prof. Wicherkiewicz (4) (5) w klinice krakowskiej nacięcia krzyżowe twardówki (sclerotomia cruciata superficialis) we wszystkich przypadkach, w których objawy jaskry występują jako następstwo zwiększonej niepodatności twardówki (glaucoma simplex), następnie również w przypadkach jaskry zapalnej, gdzie zwiększona odporność twardówki jest przyczyną współdziałającą i kiedy mimo wykonania irydektomii objawy jaskry nie ustępują.

Operacja ta wskazana jest dalej w przypadkach rozwinięcia się objawów jaskry podczas zapalenia tęczęwki i ciała rzęskowego, kiedy nakłucie z innych powodów jest przeciwwskazane, następnie, jako operacja przygotowawcza w przypadkach jaskry, przy zaćmie i przy jaskrze krwotocznej.

Pomyślny wpływ sklerotomii Wicherkiewicza spostrzegano w krakowskiej klinice również w kilku przypadkach stożkowatości rogówki (keratoconus) i rogówki olbrzymiej (keratoglobus). Bystrość wzroku wzrastała, stopień krótkowzroczności i nieregularnej nieborności rogówki zmniejszała się. Na objaw ten, dowodzący zmiany w wypukleniu rogówki po operacji, szczególnie zwracam uwagę, gdyż to spostrzeżenie kliniczne odpowiada najzupełniej wynikom, jakie otrzymałem w doświadczeniach moich na zwierzętach, o których mam zamiar poniżej mówić.

Jak należy sobie tłumaczyć działanie sklerotomii na oko?

Wicherkiewicz tłumaczył je w następujący sposób. W pewnych przypadkach twardówka staje się mniej podatną, z powodu zmian wstecznych, przerostu łącznotkankowego, a może nawet, jak sądzi Stransky (6), w następstwie przewlekłych zmian zapalnych. Zmiany te z łatwością mogą doprowadzić do zarośnięcia dróg odpływowych między przestrzenią nadnaczyniówkową a przestrzenią Tenona. Jak wiadomo, żyły wirowate twardówki otoczone są przestrzeniami limfatycznymi, które przez przerost łącznotkankowy łatwo mogą uleść zacieśnieniu, a nawet mogą całkowicie zarosnąć. Nacięcia krzyżowe twardówki aż do głębokich jej warstw usuwają, przez stworzenie nowych dróg, zastój cieczy śródocznej, która nie mogła poprzednio odpływać.

To teoretyczne rozumowanie zostało potwierdzone klinicznie na przeszło 200 przypadkach, w których sklerotomia zawsze obniżała wysokość ciśnienia śródocznego, mierzonego tonometrem Schiötza, a tam, gdzie warunki na to pozwalały, poprawiała bystrość wzroku i szerokość pola widzenia.

Wodooocze jest schorzeniem, w którym leczenie nasze bardzo małe daje wyniki. Stwierdza to również materiały kliniki okulistycznej krakowskiej. Oko w tych razach rośnie dalej, bystrość wzroku coraz bardziej z biegiem czasu zanika, a nierazko oko, jako szpeczące, z kosmetycznych względów zostaje operacyjnie usunięte.

Irydektomia Graefego, tak świetnie działająca w przypadkach jaskry zapalnej u ludzi dorosłych, pociąga za sobą już w czasie operacji dość często krwotoki i nie wywiera

żadnego wpływu hamującego na dalszy wzrost oka. Tłumaczyć to sobie możemy tem, że podwyższenie ciśnienia śródocznego w przypadkach wodocza jest w przeważającej większości przypadków wynikiem wadliwego rozwoju dróg filtracyjnych oka, a niejednokrotnie nawet zupełnym brakiem kanału Schlemma (Seefelder (7), Dürz i Schlegendal (8) i in.). Irydektomia w tych przypadkach nie może naturalnie żadnych dać wyników dodatnich, stosunki bowiem dróg odpływowych pozostają nadal takiesame. Sklerotomia, wytwarzająca nowe drogi odpływowe w twardówce, wydawała się operacją w tych razach odpowiednią.

O ile zdołałem się przekonać z przejrzenia historii chorób z ostatnich lat kliniki okulistycznej krakowskiej, wykonał prof. Wicherkiewicz sklerotomię w trzech przypadkach nabytego wodocza.

I. 302. 1913 r. B. K. lat 20. 14. I. 1913. 5 lat chorowała na oczy; od tego czasu lewe oko rośnie. T. = lo. 53. V plc. 2 m. L. o: gałka o $\frac{1}{3}$ powiększona, granica między rogówką a twardówką zatarta, twardówka górą wewn. i zewn. rozdęta. Na rogówce górą i dołem bielmo, zroście z tęczęwką. Zrenica 4 mm, oddziaływa, górą i dołem zrosnięta z bielkami. Przednia komora płytka. Oftalm. tarcza widoczna, skośna, naczynia zażyte.

Rozpoznano: Buphthalmus. Leucoma corn. adh. Glaucoma chronicum oc. sin.

17. I. 1913 r. Wstrzyknięto podsp. coca + supraren., sclerotomia cruciata superficialis modo Wicherkiewicz oc. sinistri et sclerectomia posteriori modo Wicherkiewicz. Zaraz po rozpoczęciu cięć podłużnych, powierzchownych, gałka okazuje się miękką, prawdopodobnie z powodu nakłucia bardzo cienkiej twardówki ostrym haczykiem. Zrobiono jeszcze kilka cięć, potem uchwycono szczypczykami lekko fałdującą się twardówkę i odcięto pasek twardówki $1\frac{1}{2}$ mm długi, a $\frac{1}{2}$ mm szeroki. Przez odcięcie tego paska obnażono naczyniówkę, która jednak nie wypadła. Opaska zwojowa. — 19. I. T. 2 do 3. — 20. I. Gałka trochę zmniejszona. — 25. I. Gałka mniejsza, rogówka czysta. Przednia komora miernie głęboka. T. 45, po miesieniu 35. — 31. I. oko mniej wypukłone, niż przed operacją.

II. 3221. 1914 r. 5. VI. L. M. 25 lat. męzc. Od 2 tygodni oko łzawi, czerwone. Jako dziecko uderzony w prawe oko. Od 2 tygodni oko rośnie. T. + 2.

Pr. o.: Gałka w całości o $\frac{1}{3}$ powiększona, spojówka gałki silnie przekrwiona, zwłaszcza górą zewn. Przy rąbku część twardówki górą pasem 4 mm sinawo przebija. Rogówka o powierzchni gładkiej; nieco poniżej środka, w głębszej warstwie wysyczone nieregularne, szaro-żółte zmętnienie. Do niego dochodzi od skroni kilka naczyń tylnych, dość grubych. Przednia komora płytka, zwłaszcza w obwodowych częściach. Rysunek tęczęwki zatarty, częściowo tęczęwka zanikła; w miejscu źrenicy błona szarozółta. Dołem zewn. na tęczęwce skrzepy.

Rozpoznano: Buphthalmus. Glaucoma consecutum o. dex.

5. VI. Sclerotomia cruc. superf. modo Wicherkiewicz. Cięcia górą zewn., 5 podłużnych, 4 poprzeczne. Twardówka b. krwawi. Zaraz po operacji T. 36. V. O. — 6. VI. V. O. T. 32. — 8. VI. T. 32. Gałka w całości mniejsza.

III. 3231. 15. S. J. l. 3. Od miesiąca na pr. o.: zachodzi błonka; przedtem łzawiło i ropiało. T. + 3. Pr. o.: Gałka w całości o $\frac{1}{3}$ powiększona. Granica rogówki i twardówki zatarta; na rogówkę ze wszystkich stron zachodzą dość liczne powierzchowne naczynia. Rogówka w całości zmętniała o powierzchni jakby nakłutej. Na tylnej powierzchni rogówki plama ciemnoczerwona 4 mm średnicy. Komora płytka, źrenica 6 mm, nieregularna, ku wewnątrz przesunięta. Rysunek tęczęwki zatarty. W twardówce, tuż przy rąbku górą zewnątrz i dołem, lekkie wypuklenia szarawe. Twardówka naokoło pasem szerokim 3 mm ciemno przebija.

Rozpoznanie: Buphthalmus. Glaucoma cons. sclerectasia o. dex.

12. VI. Sclerotomia cruc. modo Wicherkiewicz. Cięcia dołem wewn. 4 podłużne, 5 poprzecznych, krwawienie, 2 szwy. T. 32 zaraz po operacji. — 19. VI. T. norm. Oko całe zdaje się mniejsze. Coca + adrenalina. — 14. VII. Oko trochę mniejsze, niebolesne.

We wszystkich tych trzech przypadkach widzimy wprost natychmiastowe działanie sklerotomii. Pierwszym objawem jest obniżenie ciśnienia śródocznego, mierzonego tonometrem Schiötza. Obniżenie to stawało się jeszcze znacznie po każdorazowym miesieniu. Drugim objawem

jest zmniejszenie się wymiarów gałki ocznej, co jest bezpośrednio następstwem obniżenia się ciśnienia śródocznego. Objaw ten, który nazajutrz już po operacji staje się widocznym, tłumaczyć sobie możemy cofnięciem się rozdętej twardówki ze swojego położenia odśrodkowego do położenia więcej pierwotnego, w jakim się znajdowała, gdy to rozdęcie nie było jeszcze tak silne. Działanie więc w tym przypadku jest jedynie mechaniczne, a będzie tem wybitniejsze, im więcej jest zachowana elastyczność twardówki. Jedno z dzieci obserwowano przez miesiąc, dwoje innych krócej. W miesiąc po operacji skutek był jeszcze widoczny.

Te wyniki sklerotomii w wodoczu, jak również poprawa bystrości wzrokowej i zmniejszenie się stopnia krótkowzroczności po operacji przy rogówce olbrzymiej, stały się punktem wyjścia moich doświadczeń ze sklerotomią na zwierzętach nowonarodzonych.

Zasadniczym pytaniem, jakie sobie postawiłem, było przekonać się, jak obniżenie ciśnienia śródocznego, wywołane przez sklerotomię, będzie wpływać na wzrost oka zwierzęcia nowonarodzonego w porównaniu z okiem drugiem, nieoperowanym.

Punktem wyjścia było teoretyczne założenie, że do prawidłowego wzrostu oka jest potrzebne zachowanie odpowiedniego stosunku między powiększeniem liczby elementów składowych tkanek oka, a ciśnieniem śródocznym, utrzymującym prawidłowe napięcie zewnętrznych ścian oka. Jeżeli ciśnienie śródocznego obniżymy przez stworzenie nowych dróg odpływowych, to brak może będzie tego silnego czynnika mechanicznego, będącego bodźcem do prawidłowego wzrostu oka. Wpływ więc ciśnienia śródocznego na wzrost oka młodego jest tematem niniejszej mojej pracy.

Sklerotomię Wicherkiewicza wykonałem na 10 nowonarodzonych królikach, na trzeci dzień po urodzeniu. Króliki były jeszcze zupełnie niewłosione, a szpara powiekowa zarośnięta. Po przecięciu szpary powiekowej i zapuszczeniu kokainy przecinałem górą zewnątrz między mięśniami prostym górnym, a zewnętrznym, spojówkę gałkową i rozchyliwszy spojówkę, nacinałem powierzchownie bardzo cieniutką twardówkę trzema podłużnymi, równoległymi i dwoma prostopadłymi do nich cięciami. Spojówki następnie nie zeszywałem. Drugie oko pozostawiałem nienaruszone, dla porównania. W żadnym z tych 10 przypadków nie przeciąłem całej grubości twardówki, tak że treść płynna oka nigdy na zewnątrz się nie wydostała. Króliki pochodziły od trzech matek, z których pierwsza miała 4 młodych, a druga i trzecia po troje. Przebieg pooperacyjny wszędzie był prawidłowy, a skutek operacji wszędzie jednakowy. W pierwszym tygodniu mniej więcej różnicy w wielkości gałki ocznej operowanej, a nieoperowanej, trudno się było dopatrzeć, potem z dnia na dzień różnica ta występuje coraz wybitniej. Od szóstego tygodnia po operacji różnica wielkości obu gałek ocznych jakgdyby stawała się mniejsza. Pozostaje jednak objaw szczególnie wybitny, znacznie mniejszego wypuklenia rogówki, oraz zmniejszenia jej wymiarów.

Z tych doświadczeń wynika, że nacięcia krzyżowe twardówki, wykonane sposobem Wicherkiewicza, wywierają wpływ hamujący na prawidłowy wzrost oka. Zahamowanie to należy sobie tłumaczyć jedynie obniżeniem ciśnienia śródocznego, wywołanem przez wytworzenie nowych dróg odpływowych (względnie ułatwienie odpływu, już prawidłowo istniejącego) dla cieczy śródocznnej z przestrzeni naczyniówkowej do przestrzeni Tenona.

Teoretyczna wartość takich doświadczeń polega zdaniem mojem na tem, że stwierdzają one, iż ostatecznie wielkość oka w znacznej mierze zależy od wysokości ciśnienia śródocznego, które podczas wzrostu prawidłowego oka w okresie wzrostu całego ustroju jest czynnikiem mechanicznym dużego znaczenia.

Porównując w moich doświadczeniach oko operowane z nieoperowanym, zauważyć możemy pomniejszenie wszystkich wymiarów oka w całości, jak również i rogówki, która

staje się mniej wypukłona, w następstwie czego przednia komora staje się w oku operowanym wybitnie płytszą, aniżeli w oku nieoperowanym. Objawy te najzupełniej odpowiadają budowie oka dalekowzrocznego.

Na podstawie dotychczasowych badań wiemy, że, począwszy od urodzenia, łamliwość oka w miarę wzrostu się zmienia. Łamliwość oka noworodków jest najpierw stosunkowo mała. Badania Herrnheisera (9), Biegla (10) i in. wykazały, że prawidłową łamliwością noworodków jest dalekowzroczność. Z biegiem czasu łamliwość staje się miarową, a w pewnych przypadkach, zwłaszcza zaś tam, gdzie dzie dziczność odgrywa rolę, rozwija się krótkowzroczność.

W nacięciach krzyżowych twardówki posiadamy operację łatwą i nie niebezpieczną dla oka, a wywierającą wpływ na wzrost oka. Nasuwa się tu pytanie, czy sklerotomia w przypadkach dziedzicznej, postępującej krótkowzroczności, wykonana wcześniej, to znaczy w dzieciństwie, nie byłaby wskazana, jako operacja utrudniająca chociażby zwiększenie się krótkowzroczności. Na to pytanie może dać odpowiedź jedynie tylko doświadczenie kliniczne.

Piśmiennictwo. 1. Schmidt-Rimpler: v. Graefe Saemisch Handbuch d. ges. Aghk. Bd. VI. Abt. 1. 1908. — 2. Löhlein: Arch. f. Ophth. LXXXV. 3. S. = 393. 1913. — 3. Mauthner: Vortr. d. Gesamtgebiet d. Aghk. II. Wiesbaden 1889. — 4. Wicherkiewicz: Postęp okul. 1909. — 5. Wicherkiewicz: Bericht d. Ophth. Ges. Heidelberg 1913. — 6. Stransky: Die Anomalien d. Skleralspannung. Leipzig 1912. — 7. Seefelder: Arch. f. Ophth. LXIII. S. 205, 481. — 8. Dürr u. Schlegel: Arch. f. Ophth. XXXV. 2. S. 389. — 9. Herrnheiser: Die Refraktionsentwicklung d. menschlichen Auges. Berlin 1892. — 10. Biegl: według Steigera: Die Entstehung der sphärischen Refraktionen des menschlichen Auges. Berlin 1913.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w dniu 20. czerwca 1917.

W zastępstwie chorego prezesa przewodniczy sekretarz stały kol. prof. Nitsch. Obecnych członków 32.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia przewodniczący wita gościa kol. Müllera.

Kol. Dadej wygłosił wykład: **Spostrzeżenia nad tyfusem plamistym ze stanowiska klinicznego i bakteriologicznego (wartość odczynu Weila).** (Wykład w całości będzie ogłoszony drukiem).

Dyskusya:

a) Kol. Blassberg miał w szpitalu wojskowym sposobność obserwować chorych na tyfus plamisty, przysłanych na oddział z rozpoznaniem duru brzuszego. W rozpoznawaniu różniczkowym ważnym szczegółem rozpoznawczym jest: 1) nastrożenie spojówek, 2) brak obrzęku śledziony, 3) niestosunkowo silne zajęcie przytomności. Badanie krwi co do ilości ciałek białych nie dawało pewnych wyników. Leukocytoza 7—16 tysięcy zdarzała się i w durze brzuszonym. Tylko stwierdzenie leukopenii przemawiało za dudem brzuszonym. Kol. Dadej pominął tak zw. objaw »radyrkowy«, który polega na tem, że skóra pociągnięta palcem przedstawia obraz papieru, który wycierano gumą. Objaw ten niema jednak znaczenia.

b) Kol. Kostrzewski zapytuje, czy kol. Dadej robił szczylenia krwi?

c) Kol. prof. Nitsch: Chorobotwórczość bakterii nie jest jeszcze rozstrzygnięta. Stwierdzono, że one aglutynują się. Znajdować je można w jelitach wszy. Byłoby wskazane badanie bakteriologiczne krwi i jałowego moczu często, n. p. co drugi dzień u tego samego chorego i w różnych okresach choroby. Szczepić można na bulionie, gdyż bakterie te, należące do grupy odmienia (proteus), bardzo łatwo wyhodować się dadzą. Dotychczas wyhodowano je w małej liczbie przypadków. Co do leczenia, przypomina mowca prace Chełmońskiego nad leczeniem tyfusu plamistego w r. 1892 w Warszawie. Wstrzykiwał on podskórnym wyciąg wyjąłowy ze zgniętego mięsa. Sam leczył się także w ten sposób. Wyniki miał dodatnie, jak wykazuje staty-

styka śmiertelności innych lekarzy. Mowca wspomina o tem dlatego, że obecnie często mówi się o wstrzykiwaniu obcych ciał, n. p. mleka, w celu wywołania w ustroju nieswoistych odporności.

d) Kol. prof. Godlewski: Biologiczną metodą odswawiania byłoby zamknięcie zawieszonych rzeczy, sprzętów i t. d. i wyizolowanie od człowieka na przeciąg jakichś 3 tygodni, wychodząc z biologicznych właściwości wszy. Najnowsze badania wykazują, że wszy i przez powietrze przenoszą się mogą. Obserwacje w kolumnach KBK stwierdzają, że każdy przypadek tyfusu plamistego był poprzedzony ukąszeniem wszy. — Mowca prosi o podanie dyety, stosowanej przez kolegów przy tyfusu plamistym, gdyż sprawa ta nie jest jeszcze rozstrzygnięta.

e) Słuchacz med. p. Herman spostrzegł ozdrowieńców po tyfusu plamistym. Uderzającym było, jak trudno i powoli powracali ci chorzy do stanu prawidłowego. Główne zmiany pozostawały w zakresie układu nerwowego i mięśniowego. U wielu stwierdzić można było drżenie mięśniowe kończyn, mowę skandowaną i t. d. W 2 przypadkach stwierdzono stwardnienie rozsiane. Przyczyną tych zmian mają być ogniska sklerotyczne w mózgu i rdzeniu, których etiologia tasama, do krwotoków na skórze.

f) Kol. Blassberg w odpowiedzi prof. Godlewskiemu w sprawie dyety. Kol. Gieszczykiewicz podawał posiłną płynną dyetę; tam gdzie apetyt dobry, a powikłań innych nie było, podawał dyetę stałą. Wskaźnikiem do dyety stałej przy gorączce jest: 1) dobry apetyt, 2) dobre trawienie, 3) brak zmian miejscowych w jelitach. Tosamo da się zastosować i w durze brzuszonym.

g) Kol. Konwerski początkowo podawał dyetę płynną. Obecnie podaje się dyetę stałą tym, którzy jeść chcą. U ozdrowieńców stosuje się bardzo posiłną dyetę.

h) Prof. Latkowski zwraca uwagę na zmiany patologiczne w większych naczyniach, występujące nieraz w przebiegu duru plamistego i wiodące czasem do obumarcia tkanek, przez nie unaczynionych. Zmiany te, polegające na naciekach drobnokomórkowych, wykazanych przez Fraenkla, występują z reguły w naczyniach drobnych i włosowatych, a w cięższych przypadkach i w naczyniach większych. To też pojawienie się zmian tych w tych większych naczyniach świadczyć może o ciężkości epidemii. Z chorób zakaźnych ostrych dur plamisty usposabia może najwięcej do pojawiania się zmian w układzie krążenia obwodowego. Do częstego występowania tychże przyczynić się mogą czynniki uboczne, jak wpływy termiczne, ucisk wywołany noszeniem ciasnego obuwia lub spaniem w butach, jak się to zdarza zwłaszcza u żołnierzy rosyjskich. — Na łagodniejszy przebieg epidemii wpływa odporność wrodzona i nabyta, która występuje szczególnie u ludności tubylczej w okolicach, gdzie dur plamisty jest chorobą endemiczną. Co do zmian w układzie nerwowym, poruszonych w dyskusji obecnej, to łatwo je wyjaśnić zmianami chorobowymi w naczyniach, rozsianymi tak w rdzeniu, jak i w mózgu, nieraz występującymi szczególnie w okolicy rdzenia przedłużonego. Obok tego stwierdzano też zmiany w nerwach obwodowych. Zmiany naczyniowe w układzie nerwowym są takie same, jak w naczyniach skórnych, dotyczą głównie śródbłonna i błony wewnętrznej, a przechodzą też na błonę zewnętrzną i tkankę ją otaczającą i wiodą do zgrubień rozsianych ścian naczyniowych, jakoteż tkanki otaczającej, które następowo wywołują zniknięcie względnie zwyrodnienie komórek i włókien nerwowych. Od stopnia i siedziby tych zmian zależy ciężkość i rodzaj zaburzeń nerwowych, które ze względu na rozsiane usadowienie są bardzo rozmaite. Od stopnia tych zmian, tak jak i od stanu narządu krążenia, zależy też rokowanie w danym przypadku.

Sekretarka doroczna: Dr Wyżykowska-Michejdzina.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe d. 15. VI 1917.

Przewodniczy kol. Kohlberger, protokołuje kol. Bocheński.

I. Uchwalono, by prezydium w imieniu Towarzystwa interweniowało u właścicieli Truskawca w celu nakłonienia ich do otwarcia tego zdrojowiska w bieżącym sezonie dla użytku publiczności.

II. Przewodniczący odczytuje pismo z zaproszeniem na ankietę, która ma się odbyć w Krakowie 21 czerwca celem ustalenia zasad organizacji sanitarnej na ziemiach polskich. Wyniki tej ankiety mają być przedstawione Zjazdowi higienistów w Warszawie jakoteż Kołu polskiemu, Ministerstwu dla Galicji i T.

Radzie Stanu. Jako delegaci Towarzystwa udadzą się na powyższą ankietę prezes Towarzystwa kol. Kohlberger i kol. Papée.

W myśl wniosku kol. Becka postanowiono, że delegaci otrzymają odpowiednią dyrektywę od Towarzystwa, które w tym celu poleca prezydium zastanowić się nad odpowiednimi zasadami i wnioskami Izby lekarskiej.

Postanowiono również, że uchwały ankiety lekarskiej w Krakowie mają być dyrektywą dla delegatów, którzy reprezentować będą Towarzystwo na Zjeździe higienistów w Warszawie.

III. Kol. Sołowij przedstawia preparat jelita cienkiego, uzyskany przy operacji. Preparat dotyczy chorej, która zgłosiła się do zakładu, żaląc się na bóle w dolnej części brzucha po stronie prawej. Badanie przedmiotowe wykazało guz wielkości dużej pięści nad prawą pachwiną, owalny, mało ruchomy. Uderzającym było przy obmiacywaniu guza, że okazywał on bardzo wyraźne trzeszczenie (crepitatio), daleko wyraźniejsze, aniżeli n. p. przy ropowicach gazorodnych. Dolny odcinek guza wyczuwalny był przez sklepienie prawe w górze obok macicy. Dokładne oznaczenie stosunku guza do narządu rodowego było niemożliwe. Przy ucisku na sklepienie prawe trzeszczenie występowało bardzo wyraźnie. Z niepewnym rozpoznaniem przystąpiono do operacji, w czasie której okazało się, że wyczuwalny guz był rozdętym workowatym jelitem cienkiem tuż przy wejściu do jelita ślepego. Worek ten o ścianach grubych, przerosłych, kształtu i pojemności żołądka średniej wielkości, w całości wypełniony był pestkami wiśni, czereśni i śliwek. Tuż u wejścia do jelita grubego znaczne zwężenie worka, które tłumaczy niemożność przechodzenia pestek i ich nagromadzenie się. Wykonano resekcję całego rozszerzonego i zgrubiałego jelita cienkiego długości około 20 cm i wszyto część jego zdrową do kieszki ślepej. Przebieg pooperacyjny szczęśliwy.

W dyskusji kol. Mazanek wspomina o przypadku z własnej praktyki, w którym istniały objawy niedrożności jelit, a badanie wykazało guz bolesny nad lewą pachwiną. Badanie przez odbytnicę stwierdziło znaczne rozszerzenie odbytnicy jakoteż pętki esowatej wskutek nagromadzenia się pestek wiśni, które następnie usunięto (przez odbytnicę łyżką) w ilości przeszło jednego litra.

IV. Kol. Mazanek wygłasza odczyt: **Najnowsze zdobycze z dziedziny rentgenologii.** Prelegent omówił temat bardzo obszernie na podstawie przeważnie własnych spostrzeżeń, jakie poczynił w ciągu kilkunastu lat pracy w zakładzie rentgenologicznym prof. Holzknichta w Wiedniu. Mówił o pracach z zakresu fizyki, techniki, a w szczególności o nowych teoriach i sposobach mierzenia promieni rentgenowskich, o zdjęciach fotograficznych, zwłaszcza wojennych, a to bocznych lilienfeldowskich, o nowych udoskonalonych a przystępnych sposobach lokalizacji ciał obcych (postrzałów), o bezgazowych lampach Cooligdea i Lilientfelda, a wreszcie o leczeniu, zwłaszcza tak wzmagających się gruczolaków limfatycznych, gruźlicy kości i stawów, raka, chorób skórnych i kobiecych.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie zwiadało 7. b. m. nowe zakłady sanitarne miejskie na Prądniku białym, złożone z zakładu dezynfekcyjnego, pracowni bakteriologicznej, pawilonów izolacyjnych i zakaźnych oraz sanatorium dla gruźliczych. Zarówno cały plan zakładów, jak i szczegółowe urządzenia, pomysłu naczelnego lekarza miasta, doc. Dr. Janiszewskiego, spotkały się z największym uznaniem zwiedzających, gdyż celowością i praktycznością w wielu względach przewyższają podobne zakłady zagraniczne, wykonanie zaś zakładów krakowskich może współzawodniczyć z najlepszymi zakładami na zachodzie. Doc. Dr. Janiszewskiemu, jako inicjatorowi zakładów i ich właścicielowi twórcy, z niezwykłą energią zwalczającemu wiele przeszkód, złożył prezes Towarzystwa gratulacje z powodu ukończenia dzieła, które w czasie najbliższym oddane będzie do publicznego użytku.

Ponieważ nie wszyscy członkowie Towarzystwa mogli tym razem zwiedzić zakłady, przeto wycieczka powtórzona zostanie w jedną z najbliższych niedziel. Dla ustalenia liczby uczestników zgłaszać się należy wcześniej do prezydium Towarzystwa.

— Najbliższe posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się 17. X.

— Zarząd biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie JWPanu Dr. Harajewiczowi za ofiarowane biblioteczki dzieła.

— Towarzystwo opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie wydało za 3 lata wojenne 1914—1916 sprawozdanie, ułożone dokładnie według wzoru 41 poprzednich sprawozdań, wydanych przez ś. p. prof. Jakubowskiego. Wpływ wojny odbił się na szpitalu św. Ludwika, utrzymywanym przez Towarzystwo, wielkimi trudnościami w prowadzeniu i aprowizacji. Liczba dzieci w ambulatorium spadła w r. 1915 na 3.332 (przed wojną 5—6 tysięcy), liczba przyjętych do stałego leczenia wahała się około 800 rocznie (przed wojną około 1400). Natomiast charakterystycznie wzrosły pomimo to koszty żywienia z 27.957 kor. w roku 1914 na 41.355 kor. w r. 1916 i t. p. Kolonia rabczańska w r. 1915 nie była czynną; w r. 1916 doszła liczba dzieci w kolonii do najwyższej od założenia cyfry — 183.

— Już przed kilku laty mieliśmy sposobność podnieść z uznaniem działalność Wydziału powiatowego chrzanowskiego, który przodkuje innym Wydziałom powiatowym w wielu sprawach sanitarnych. Między innymi zasługują na uwagę bardzo pożyteczne wydawnictwa tego Wydziału powiatowego. Jeszcze przed wojną wydał on swym nakładem broszury Dr. Józefa Bednarskiego, lekarza okręgowego w Alwernii: »O studniach i wodzie« oraz »Krótki podręcznik dla dezynfektorów«. Obecnie znów wydał ten Wydział powiatowy krótko na jednej kartce zebrane przepisy zachowania się wobec chorych zakaźnych, opracowane również przez Dr. Bednarskiego, a przeznaczone do nalepiania na drzwiach zakaźnych mieszkań i do rozdawania ludności. Zasługuje również na podniesienie poparcie, jakiego tej sprawie udzieliło Starostwo w Chrzanowie, nakazując, by w każdej gminie znajdował się zapas egzemplarzy tych wskazówek i t. d. Wreszcie wydał Wydział powiatowy chrzanowski tłumaczenie instrukcji do przyrządu dezynfekcyjnego, Dr. Gąsiorowskiego (fabryka tych przyrządów nie poczuwała się do obowiązku przysłania instrukcji po polsku).

Warszawa. »Medycyna i Kronika lekarska« (Nr 39) oblicza, że »normy żywnościowe, wyznaczone przez Wydział zaopatrzenia miasta, nie pokrywają nawet drobnej części zapotrzebowań organizmu«, gdyż wynoszą zaledwo 674 kaloryi dziennie.

Zmarli: Dr. Ludwik Ausspitz w 71 r. ż. w Warszawie.

Odpowiedzialny redaktor:

Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę d. 17 października 1917 o g. 6 wieczór w Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Wykład prof. Dr. L. Wachholza: O śmierci od pioruna (z demonstracją preparatów i fotografii). 2) Demonstracje.

DENTYSTA DR. ŻURAKOWSKI

PRZENIOŚLE SIĘ

128

NA ULICĘ ŚW. KRZYŻA L. 7, I. PIĘTRO.



Najlepsze skutki w niezbytach żołądka i pęcherza. Jakoteż dróg oddechowych. 205

Prospekty rosyjska na ządanie Brannen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacja dla Galicji i Bukowiny Kraków, Grodzka 44. Lwów, Szwarczaka 31

WODY SZCZAWNICKIE

naturalne mineralne, lecznicze i stołowe ze źródeł Józefiny, Wandy, Magdaleny i Stefana, są na składzie we wszystkich składkach wód mineral. i aptekach.

Na zlecenie wysyła również w czasach bezmroźnych w pakach o 20-ciu i 50-ciu flaszki.

Zarząd zdrojowy w Szczawnicy.

JODLYSIN LAOKOON

połączenie jodu z peptonem w płynie
1 cem = 20 kropel = 004 jodu

nie rozszczepia się w przewodzie pokarmowym, lecz dopiero w tkankach, wskutek czego nie sprawia zaburzeń w przewodzie pokarmowym.

Jodlysin według badań Prof. Dr Bądryńskiego jest identycznym preparatem z Jodone Robin.

Wskazania: Astma, choroby mięśnia sercowego, zapalenie stawów chron., zapalenie nerek chron. (neph. interstit.), otyłość, marskość wątroby, kiła drugo- i trzeciorzędna, reumatyzm, objawy poluct. degenerat. systemu nerwowego, zaburzenia funkcji gruczołów wewnętrznego wydzielania, zwapnienie żył.

PEPTOFERLYSIN LAOKOON

Organiczne połączenie żelaza w postaci steżonego rozczywnu, który w małej objętości zawiera wielką ilość odżywczej substancji żelazistej.

1 cem = 20 kropel = 001 Fe

Peptoferlysin jest preparatem identycznym z Peptonate de Fer Robin, zawiera jednak 5 razy większą ilość żelaza od ostatniego.

Wskazania: Blednica, niedokrewność, cierpienia maciczne, nerwowość, ogólne osłabienie, rekonwalescencya.

SPERMIN LAOKOON

essencja i iniekcye.

Preparaty identyczne z Spermin Poehl.

Wskazania: Alkoholizm, zwapnienie żył, zapalenie stawów zniekształcające, blednica, drgawki porodowe, choroby serca, histerya, influenza, podagra, spadek sił przed i po operacyach, zapalenie płuc, uwiad starczy, neuralgia, neurastenia, zapalenie nerek, psoriasis, choroba angielska, reumatyzm przewlekły, róża, skorbut, kiła, tabes i inne schorzenia stosu pacierzowego, gruźlica, tyfus, chroniczne i ostre zatrucia, impotencya.

MAMMID LAOKOON

pastylki à 0.3 i iniekcye.

Wskazania: Włókniki i krwotoki macicy, dolegliwe miesiączkowanie, zapalenie błony śluzowej macicy.

Fabryka chemiczna LAOKOON, Lwów.

Prospekty i wzory darmo i oplatnie.

217

Fabryka przetworów leczniczych Eugeniusza Matuli

w Radomyślu Wielkim poleca własne przetwory:



Kamphenol Prof. Dra Chlumsky'ego. Znakomity an-tyseptyk przy róz, ropowicach, ropniakach, czyrakach, przetokach gruźliczych i t. p. Cena flaszki Kor. 5.—.

Pilulae medic. Matula. Pilulae natr. arsenic. comp. Każda pigułka zawiera: Natr. arsenic. 0.0005 Ferr. protokol. 0.05. Chintu. hydr.-Calc. glycerin. phosphor. Extr. Colae spis. aa 0.08. Extr. nucis vom 0.005. Pulvis rhei q. s. Pigułki te są otoczone cukrem. Cena za flakon o 100 pig. Kor. 6.—. Wydaje się jedynie na przepis lekarski.

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp.)

w działalności identyczny z syr. Fellowa, Dra Eggera itp.

Nieoceniony lek krzepiący w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii, itp. Zawiera: Żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole podfosforowe rozpuszczone w syropie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat MATULI wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon Kor. 3.—. Sposób użycia: 2-3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w 1/4 szklanki wody. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

207

Zawiera ciała lotne jak: Olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol itp., które przetwarzane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo, dokładnie wcieralną. W użyciu przyjemny, o miłej woni. Działa znakomicie w bólach gośćcowych różnych postaci, osobliwie w gościec mięśniowym, postrzale, rwie kulzowej, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, wykonane na klinice wiedeńskiej na oddziale III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija watą lub flanelą. Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik Kor. 2-40, za duży Kor. 9.—. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lekarskiej i Ministerium spraw wewnętrznych w Petersburgu.

Powyższe przetwory są do nabycia we wszystkich aptekach. — Główny skład w aptece WP. Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując, używać zawsze formułki: original. Matula. Nazwy, marka, ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy darmo i oplatnie przesyła Laboratorium i Fabryka przetworów farmaceutycznych EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu Wielkim.

Treść:

Dr Jakób Rothfeld: Analiza zaburzeń ruchowych w nerwicach wojeunych str. 321
 Dr Tadeusz Kleczkowski: Badania doświadczalne nad wpływem nacięć krzyżowych twardówki (sclerotomia cruciata superficialis) Wicherkiewicza na oko zwierząt nowonarodzonych str. 323

Sprawy Towarzystw naukowych. Towarzystwo lekarskie krakowskie. — Towarzystwo lekarskie lwowskie str. 325
 Wiadomości bieżące str. 326
 Ogłoszenia.

ZAKŁAD WODOLECZNICZY I SANATORYUM Dra KUPCZYKA

specjalisty chorób nerwowych
 Kraków, Szujskiego l. 9—11. Tel. 1295.

Wskazania: Choroby nerwowe, żołądka i jelit, niedokrwistość, skaza moczaniowa, cukrzyca, otyłość, ogólne osłabienie, choroby serca i naczyń krwionośnych. 152

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Odczyty kliniczne

Serya XXI.

- Nr 1. A. Sokołowski. O rozpoznawaniu złośliwych nowotworów płuc i opłucnej.
- Nr 2, 3, 4. B. Dębiński. Znaczenie odmy piersiowej sztucznej w leczeniu gruźlicy płucnej.
- Nr 5, 6. L. Karwacki. O leczeniu przyczynowem duru brzuszkiego.
- Nr 7, 8, 9. Doc. J. Pruszyński. Anafilaksja. I. Określenie anafilaksji. Anafilaksja doświadczalna. II. Zjawiska kliniczne anafilaksji. Teoria anafilaksji.
- Nr 10. Ludwik Zembrzusi. O znieczulaniu ogólnem i miejscowem u dzieci.

Cena zeszytu pojedynczego kop. 40.

Cena seryi składającej się z 12 zeszytów rub. 4.

Nabywać można w Administracji „Gazety lekarskiej“ i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w księgarni GEBETHNERA i WOLFFA.



Polecam mój
Chloroethyl
 Dr Thilo

z zamknięciami automatycznymi i spiralnymi, odpowiednio do farmakopei austr. VIII., jak najgoręcej. Flaszki automatyczne napełnia się na nowo. Prospekty do rozporządzenia. 89

Mr. C. RAUPENSTRAUCH,
 em. aptekarz, WIEDEŃ II., Castellezg. 25.



TRAN JODOWO ŻELAZISTY

Zawiera równie jak tran Lahussena 100 gr. tranu 020 jodku żelaza. Przetwór ten leczniczy sporządzono na najlepszym tranie Meyera; jest przeto smaczny i nie psuje żołądka.

Tran jodowo-żelazisty Wiszniewskiego można z dobrym skutkiem zalecać w chorobach płuc, żołączach, niedokrewności i t. p.

Sposób użycia; Dzieciom daje się 1—2—3 razy dziennie po łyżeczce po jedzeniu. — Dorosłym 1—3 łyżek dziennie. 221

Cena flaszki I K 20 hal. — Wyrób własny i skład główny w aptece

K. WISZNIEWSKIEGO w Krakowie.
 We Lwowie na składzie w aptece PIOTRA MIKOLASCHA.

SŁOWNIK LEKARSKI POLSKI

do nabycia w Administracji „Przeglądu Lekarskiego“ Kraków, w Tow. lek. w Krakowie i Lwowie i we wszystkich księgarniach.